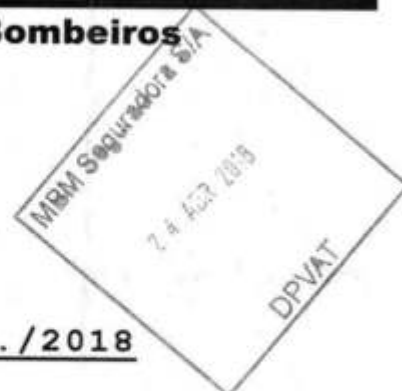




SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/2 - 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 11 de janeiro de 2018.

p/O Wandery R. Silva
ANDRÉ PEREIRA DA SILVA
Ten Cel BM Cmt 3º GB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 003 DOp./2018

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sr. LUIZ ALVES DE SOUZA, RG 15145 PMPE/SDS CPF 079.657.374-34, residente à Rua Enock Carvalho, 966, Bairro AABB, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 396 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 16h43min do dia 02 de novembro de 2017, comandada pelo 3º SGT QBMG 1/798238-0 MÁRIO MARQUES DE MELO, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE ATROPELAMENTO)**, sendo vitimado o **solicitante**, o qual conduzia uma motocicleta marca/modelo Honda CG 150, cor vermelha, placa PEN 4578-PE. O acidente ocorreu na BR 232, São Cristovão, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: ferimento na face, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do **Dr. Fonseca, CRM 9179, prontuário 079**. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CARLOS ROBERTO DE SOUZA JÚNIOR, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438 de 25/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-68 | Insc. Est. 0005943-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
LUIZ ALVES DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ENOCK ALVES CARVALHO 969

CPF 079.657.374-34

SANTOS DUMONT/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55000-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Munifícios

CONTA CONTRATO MÊS/ANO

1537999019 02/2018

DATA DE VENCIMENTO DATA PREVIDA PRÓXIMA LEITURA

01/03/2018 21/03/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

152,80

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
006404533	UNICA	20/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/02/2018	0000648236	5000568

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abas(kWh)	194,0000000	0,99874504	129,73
Contribuição Iluminação Pública			3,99
ICMS Subvenção-CDE-NF 007560237-22/01/17			1,52
Multa por atraso-NF 007622830-22/01/18			3,16
Juros por atraso-NF 007622830-22/01/18			0,28
Atualização IGPM-NF 007622830-22/01/18			0,16
Doação APAE - 0800 722 7273			10,90

TOTAL DA FATURA

152,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
315258004	CAI	22/03/2018	4 195,00	20/02/2018	4 156,00	29	1,0000		194,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO (kWh)
FEV 18 194
OUT 17 224
NOV 17 244
DEZ 17 374
SEN 17 162
AGO 17 160
MAI 17 142
JUN 17 200
MAI 17 173
ABR 17 176
MAR 17 230
FEV 17 306

INFORMAÇÕES DETRIBUTÓRIAS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	120,71	28,00
PIS	120,73	0,57
COFINS	120,73	0,57

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	QTD	VALOR	%
Geração de Energia	194	30,30	07,96%
Transmissão	194	2,03	2,95%
Distribuição (Cabo)	194	37,34	24,39%
Perdas de Energia	194	9,51	7,10%
Energias Renováveis	194	11,32	8,59%
Tratamento	194	30,53	20,19%
TOTAL	194	129,73	100%

TARIFAS APLICADAS

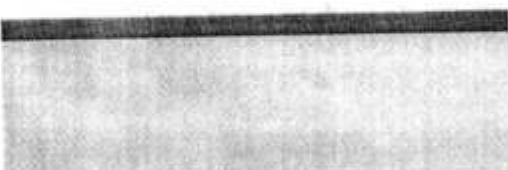
1.400,0000

RESERVAÇÃO AO FISCO

CIEFF 5980 5010 715E 30CE F530 525E 8794

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Se você não estiver satisfeito com o valor da conta, você pode solicitar a revisão da mesma. Mas é importante que você não deixe de pagar a conta, pois isso pode gerar juros e multa. O cliente é responsável por verificar o consumo e o valor da conta. O cliente é responsável por verificar o consumo e o valor da conta. O cliente é responsável por verificar o consumo e o valor da conta.



Não é permitida a interrupção de energia elétrica por falta de pagamento de energia elétrica. O cliente é responsável por verificar o consumo e o valor da conta. O cliente é responsável por verificar o consumo e o valor da conta. O cliente é responsável por verificar o consumo e o valor da conta.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
CONDIÇÃO	VALOR ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE SEMANAL	LIMITE ANUAL
DE	1,46	12,73	31,94	42,80
FE	4,50	1,57	19,39	30,99
DMC	2,57	4,79	0,00	0,00

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	VALORES
220	202	221

UNID: kWh (1 kWh = 1000 Wh) UNID: Valor da energia elétrica do sistema de distribuição (V) = R\$ 0,44

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1537999019	02/2018	01/03/2018	152,80

83890000001-3 52800011001-0 53799901910-5 11390417223-4



MBM Seguradora S/A
24 ABR 2018
DPVAT



COMPANHIA SANEAMENTO DE SÃO PAULO
CNPJ Nº 16.100.100/0001-90

FATURA MENSAL DE AGUA E ESGOTO

ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR
R LUIZ ALVES DE MELO LIMA, N. 00850 - ABB SERRA TALHADA PE 56
012-170
INSCRIÇÃO 129-826-123-0005-665 GRUPO-9 DEB AUTOMATICO-22897466

LIGADO

POTENCIAL

01/08/2014

REAL

A120165250 28/07/2014

AGUA:
LEIT ANT: 587 CONSUMO:39
LEIT ATU: 626
LEIT FAT: 626

HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

06/2014 36
05/2014 28
04/2014 41
03/2014 50
02/2014 36
01/2014 36
MEDIA: 37

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/13	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	70	70	70
COR APARENTE	70	70	70
CLORO RESIDUAL	70	70	70
COLIF. TOTAIS E. COLI	70	70	70

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	10 M3	30,00
ATE 10 M3 - 30,00 POR UNIDADE	10 M3	34,40
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,44 POR M3	10 M3	40,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 4,09 POR M3	9 M3	50,67
31 M3 A 50 M3 - R\$ 5,63 POR M3		

VENCIMENTO:

18/08/2014

MENSAGEM:

TOTAL A PAGAR:

155,97

MEM Seguradora S/A

24 JUL 2014

DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

705344

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio Marcos Nogueira Aguiar inscrito (a) no CPF/CNPJ 508.791.344/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucy Aires de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.653.374/34 do sinistro de DPVAT cobertura Smully per morte da Vítima Lucy Aires de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.653.374/34 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

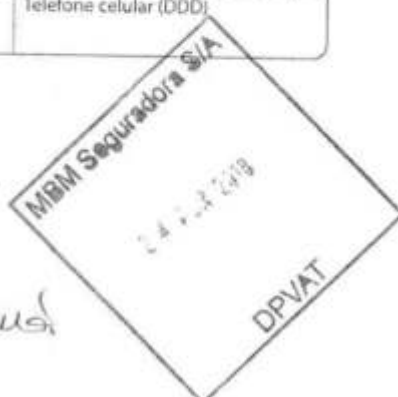
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Lucy Aires de Souza</u>		Número <u>850</u>	Complemento
Bairro <u>AA BB</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-120</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Serra Talhada 26 de Fevereiro de 2080
Local e Data

Antonio Marcos Nogueira Aguiar
Assinatura do Declarante



Número do Registro: 015763

Data: 03/11/17

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luiz Alves de Sousa

Idade: 67 Sexo: mas Cor: Pardo Estado Civil: casado

Profissão: Aposentado Naturalidade: S. Talhada Nacionalidade: Brasileira

Endereço:

Rua: Enock de Carvalho N.º: 966 Bairro: AAB

Idade: S. Talhada Estado: PE Fone: 99625-3528

Filiação:

Pai: Miguel Alves de Sousa

Mãe: João José de Sousa

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

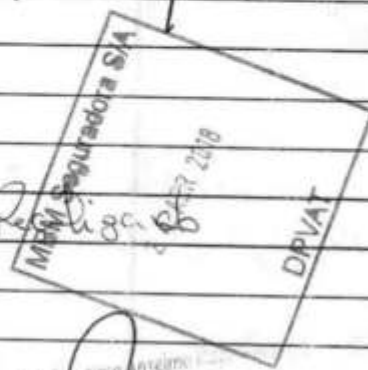
*Crise hipertensiva com
cefaleia, náusea e vômito
sem perda de consciência.
Exame físico sem alterações
significativas.*

Hipótese Diagnóstica: Crise hipertensiva (Frotin & Gith)
distúrbio de ritmo cardíaco.

Exames Solicitados:

Hemograma
ECG
Serum

Rx tórax PA/Perfil
Rx mãos e punhos

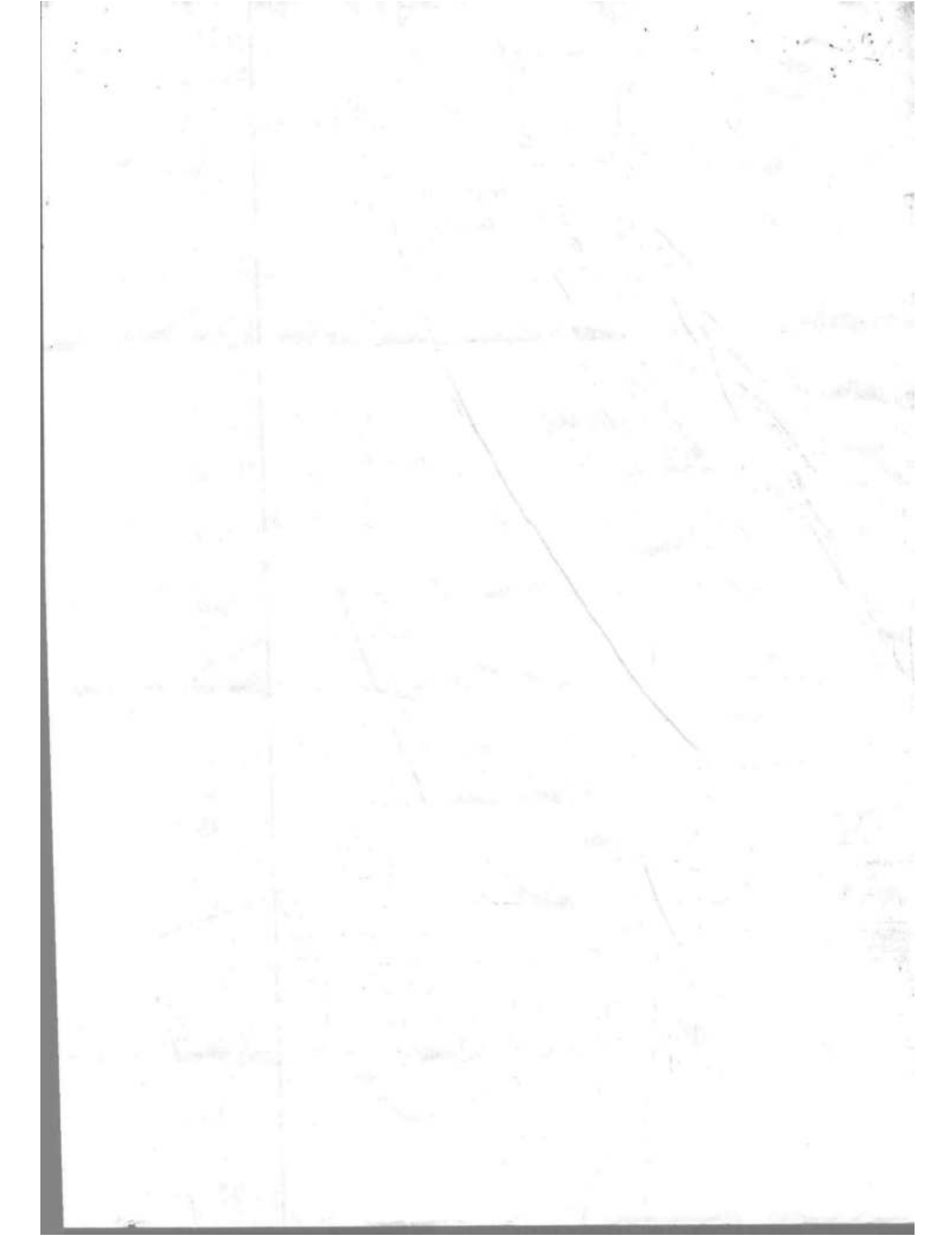


Condições de Alta

Motivo de Alta

Dr. Francisco Anselmo

ALTA EM 05/11/17



Número do Registro: 045763

Data: 06/11/17

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luiz Alves de Souza
Idade: 67 Sexo: Max. Cor: Parda Estado Civil: casado
Profissão: aposentado Naturalidade: S. Talhada Nacionalidade: Brasil

Endereço:

Rua: Enock de Carvalho N.º: 966 Bairro: AAB
Idade: S. Talhada Estado: PE Fone: 96253528

Filiação:

Pai: Miguel Alves de Souza
Mãe: Irês Luis de Souza

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Tratado com insulina.

Hipótese Diagnóstica: R+ de Encefalo

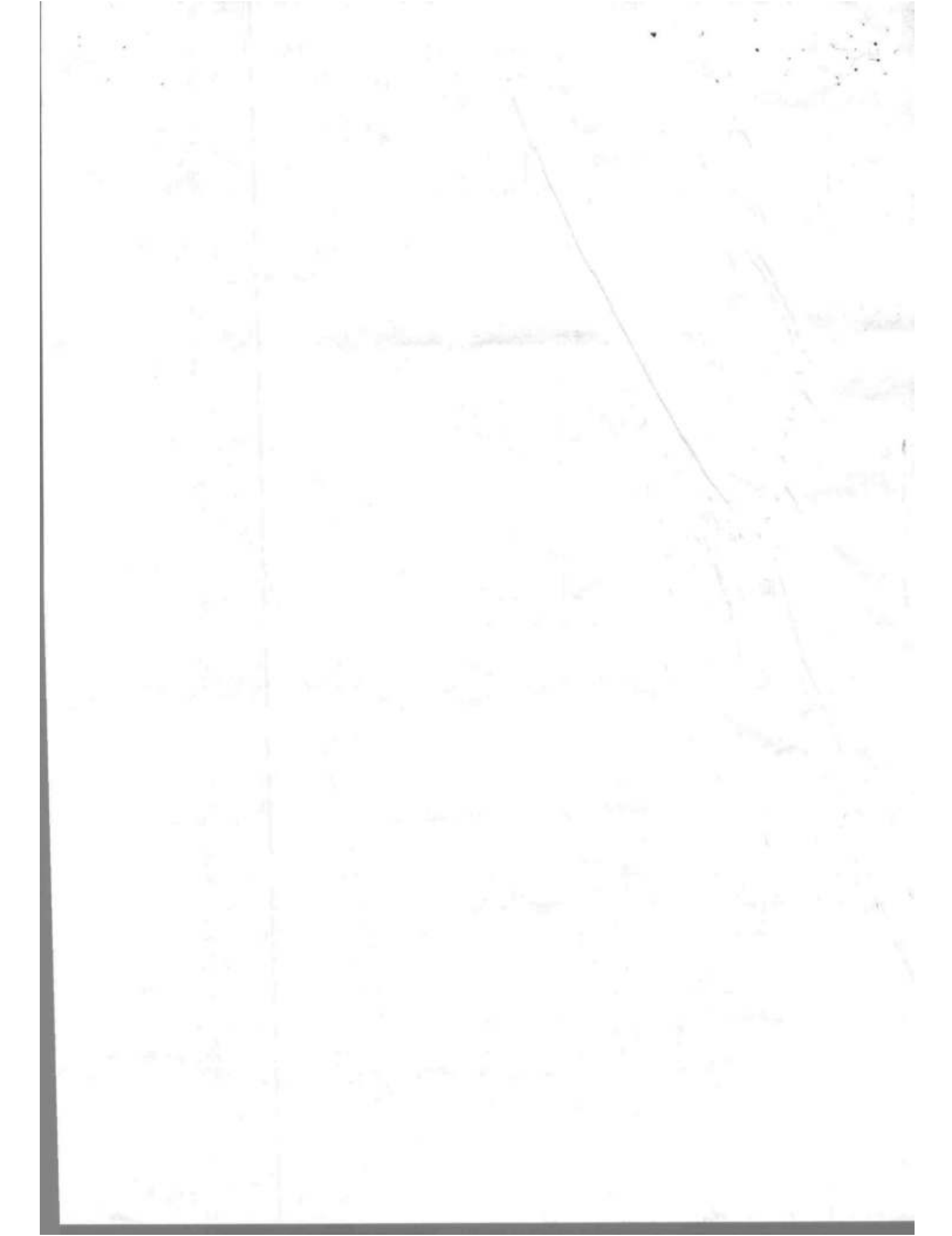
Exames Solicitados: RX

Dr. Fernando A. Silva
CRM: 15.122
Oncologista - Hematologista
Hospital São Francisco

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM 07/11/17



Cirurgia Realizada:

N.º do Procedimento:

52080102

Data:

06/11/17

Início:

18:00

Término:

Cirurgião:

Gomes

1.º Auxiliar:

Dr. Pedro
Machado

2.º Auxiliar:

Anestesista:

Alves

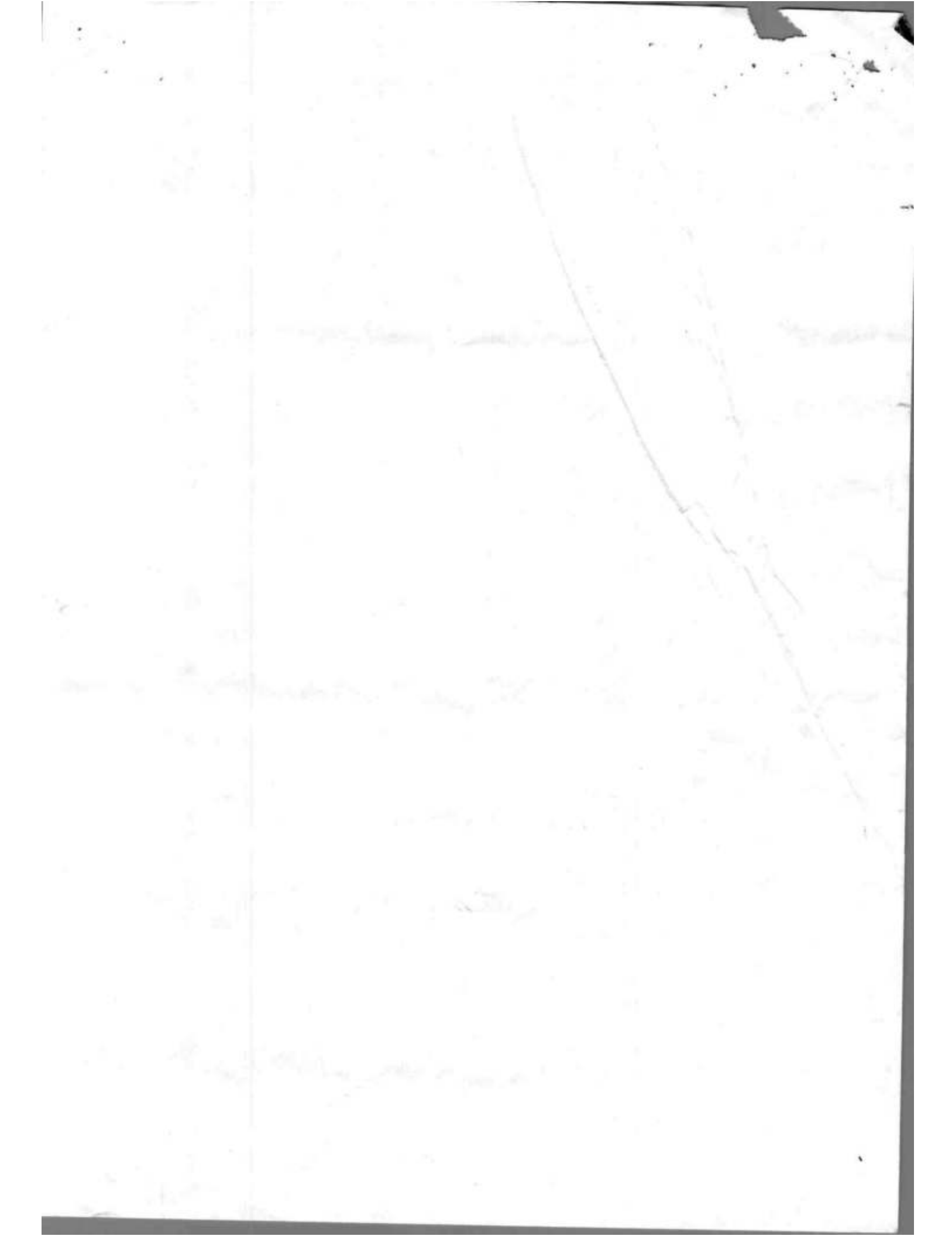
1) Data:

2) Anestesista

3) Redução + fixação de fratura comum de
tibia e fêmur (2 unidades N.º 2,5)

4) Sutura fechada.

Dr. Edson de A. Silva
Ortopedia Traumatologia
CRM 145.420



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: LUIS ALVES DE SOUZA
 SOC. RESIDENTE / OUT. RESIDENTE: 15345 SSP PE
 CPF: 079.657.374-34
 DATA DE NASCIMENTO: 21/11/1949
 ENDERECO: LUIS ALVES DE SOUZA
 LUIS ALVES DE SOUZA
 PLACAS: 34427423200
 VALIDEZ: 11/10/2018
 PRAZO DE VALIDADE: 19/03/1996

VALIDADE DO TITULO NACIONAL
 761581462

PACOTES PLASTIFICADOS
 761581462

ASSINATURA: Luis Alves de Souza
 DATA: 23/11/2013
 21010888406
 44056330219
 DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

MBM Seguradora S/A
 24/11/2013
 DPVAT

MEM Seguradora S/A
24/12/2018
DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180186320 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ ALVES DE SOUZA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: NÃO HÁ COMO ESTABELECEER NEXO DE CAUSA. -

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA EM 07/11/2018
DIMINUIÇÃO DE FORÇA EM MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA MÃO

Sequelae permanentes:

Sequelae: Sem sequela

Data da perícia: 05/05/2018

Conduta mantida:

Observações: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.
NOTA: BOLETIM DE OCORRÊNCIA DATA ACIDENTE NO DIA 02/11/2017 À TARDE E INFORMA QUE A VÍTIMA FOI LEVADA PARA O PRONTO SOCORRO DA CIDADE PELO BOMBEIRO, MAS O BOLETIM DE ATENDIMENTO É DO DIA 03/11/2017, APRESENTA LETRA ILEGÍVEL E SOMENTE IDENTIFICO "TRAUMA FECHADO EM HTE".BOLETIM DE ATENDIMENTO DO DIA 02/11 NÃO CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA. NÃO HÁ COMO ESTABELECEER NEXO DE CAUSA. -

Médico examinador: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

संस्कृत-विभाग

595, Centro

✓

MBM Seguradora S/A
Endereço da Matriz
Rua dos Andradas, 772.
Centro – Porto Alegre/RS
CEP: 90020-004
Aos cuidados do setor DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180186320 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ ALVES DE SOUZA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180186320 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ ALVES DE SOUZA **Data do acidente:** 02/11/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: NÃO HÁ COMO ESTABELECEER NEXO DE CAUSA. -

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA EM 07/11/2018
DIMINUIÇÃO DE FORÇA EM MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA MÃO

Sequelae permanentes:

Sequelae: Sem sequela

Data da perícia: 05/05/2018

Conduta mantida:

Observações: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.
NOTA: BOLETIM DE OCORRÊNCIA DATA ACIDENTE NO DIA 02/11/2017 À TARDE E INFORMA QUE A VÍTIMA FOI LEVADA PARA O PRONTO SOCORRO DA CIDADE PELO BOMBEIRO, MAS O BOLETIM DE ATENDIMENTO É DO DIA 03/11/2017, APRESENTA LETRA ILEGÍVEL E SOMENTE IDENTIFICÓ "TRAUMA FECHADO EM HTE".BOLETIM DE ATENDIMENTO DO DIA 02/11 NÃO CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA. NÃO HÁ COMO ESTABELECEER NEXO DE CAUSA. -

Médico examinador: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Luiz Alves de Souza brasileiro(a), estado civil: casado
Profissão: Advogado, portador(a) do RG 15.145.888 órgão expedidor SSP PE
e do CPF: 039.652.924-34 residente no(a) Rua Alvaro Cavallero
nº 966, bairro: Santos Dumont, município: Serra Talhada - PE.

OUTORGADO:

Nome: Antônia Lúcia de Sousa Brasileira(a), estado civil: casada
Profissão: autônoma, portador(a) do RG 2839 255, órgão expedidor SSP PE
e do CPF: 508.291.344-20, residente no(a) Rua Alvaro de Souza
nº 850, bairro: AA BB, município: Serra Talhada - PE.

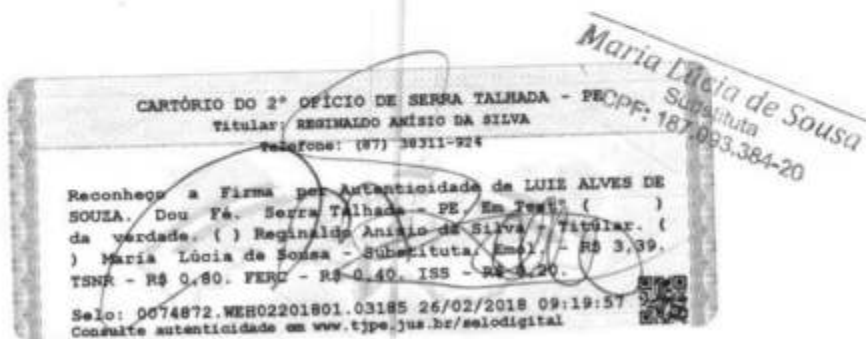
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, seja depositada em minha conta e não na conta do procurador, da vítima Luiz Alves de Souza.

Local e Data: Serra Talhada, 26 de fevereiro 2018



Luiz Alves de Souza

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ ALVES DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180186320

Vitima: LUIZ ALVES DE SOUZA

Data do Acidente: 02/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180186320**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12717260



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ ALVES DE SOUZA

Sinistro: 3180186320
Vítima: LUIZ ALVES DE SOUZA
Data do Acidente: 02/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180186320** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ ALVES DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180186320
Vitima: LUIZ ALVES DE SOUZA
Data do Acidente: 02/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180186320**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **02/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180186320**
Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ ALVES DE SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ENOCK DE CARVALHO nº 966 - AABB - SERRA TALHADA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 15145 - SSP**
Data e local do acidente: **02/11/2017 SERRA TALHADA/PE**
Data e local do exame: **05/05/2018 SERRA TALHADA/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE PUNHO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA EM 07/11/2018

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

DOMINUIÇÃO DE FORÇA EM MÃO ESQUERDA, LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DA MÃO

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☐ SIM ☒ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

NOTA: BOLETIM DE OCORRÊNCIA DATA ACIDENTE NO DIA 02/11/2017 À TARDE E INFORMA QUE A VÍTIMA FOI LEVADA PARA O PRONTO SOCORRO DA CIDADE PELO BOMBEIRO, MAS O BOLETIM DE ATENDIMENTO É DO DIA 03/11/2017, APRESENTA LETRA ILEGÍVEL E SOMENTE IDENTIFICOU "TRAUMA FECHADO EM HTE". BOLETIM DE ATENDIMENTO DO DIA 02/11 NÃO CONSTA NA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA. NÃO HÁ COMO ESTABELECEER NEXO DE CAUSA. -

Médico Perito: **ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA CRM:19340/PE**

Dr. André Gustavo F. Souza
CREMEPE: 19340/CRM-PE: 8807



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Luiz Alves de Souza

CPF titular da conta

079.657.374-34

Profissão

Militar

Endereço

Rua Evoca Alves Loualho

Número

966

Complemento

Bairro

Santos Dumont

Cidade

Serra Talhada

Estado

CEP

56000-000

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

RIO

AGÊNCIA

Nº

0246

DIV

1

CONTA

Nº

14334

DIV

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Serra Talhada 26 de fevereiro de 2018

Local e Data

Luiz Alves de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267000228**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/01/2018** às **10:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/11/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BR: 232 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUIZ ALVES DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , **DPVAT** que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ ALVES DE SOUZA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

LUIZ ALVES DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **INEZ LIMA DE SOUZA** Pai: **MIGUEL ALVES DE SOUZA** Data de Nascimento: **21/11/1949** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07965737434 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MILITAR**
Residencial: **RUA: ENOQUE CARVALHO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 966, BAIRRO AAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTO HONDA CG 150 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ ALVES DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTO HONDA: CG 150, PLACA: PEN:4578, COR: VERMELHA**

Complemento / Observação

NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA MUNICIPAL DE POLICIA, O SR: LUIZ ALVES DE SOUZA , COMUNICANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO, ATRAVESSAVA RUA PROXIMO A

BR:232 FOI ATROPELADO POR UMA MOTO, QUE CONSEQUENCIA DO ABARROAMENTO PERDEU OS CENTIDOS E FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, PARA O (HOSPAN) DESTA CIDADE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

LUIZ ALVES DE SOUZA

(VITIMA)

Luiz Alves de Souza

B.O. registrado por: **FRANCISCO DE ASSIS MORAIS** - Matrícula: **3848876**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Luiz Alves de Souza

CPF da Vítima

079 657 334-34

Data do Acidente

02/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sua cidade *26* de *Enxerico* de *2018*
Local e Data

Luiz Alves de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

